

INDHOLD

1. Rapport fra ASCO GI
7. Disputats referat
8. Møderapport:
FSK Landskursus i Vejle 2007
9. Officiel indvielse af ny bygning i Finsencentret
10. Vidste du at...?
13. Personalenyt
15. Nyt fra SKA:
 - GCP ved klinisk kræftforskning
 - Introduktionskursus for yngre læger i Østdanmark - klinisk onkologi
 - Palliationskursus
 - Post-ASCO
 - Sekretærkursus
 - SKA-uddannelsesprogram 2008
 - SORG-kursus
 - Temaeftersmiddag
23. International mødekalender
24. Post-ASCO program

ASCO gastro-intestinal cancer symposium

Science and multidisciplinary management of GI malignancies.

25-27. januar 2008, Orlando, Florida, USA.

(www.gicasymposium.org)

Af

Jon Kroll Bjerregård, Odense Hospital

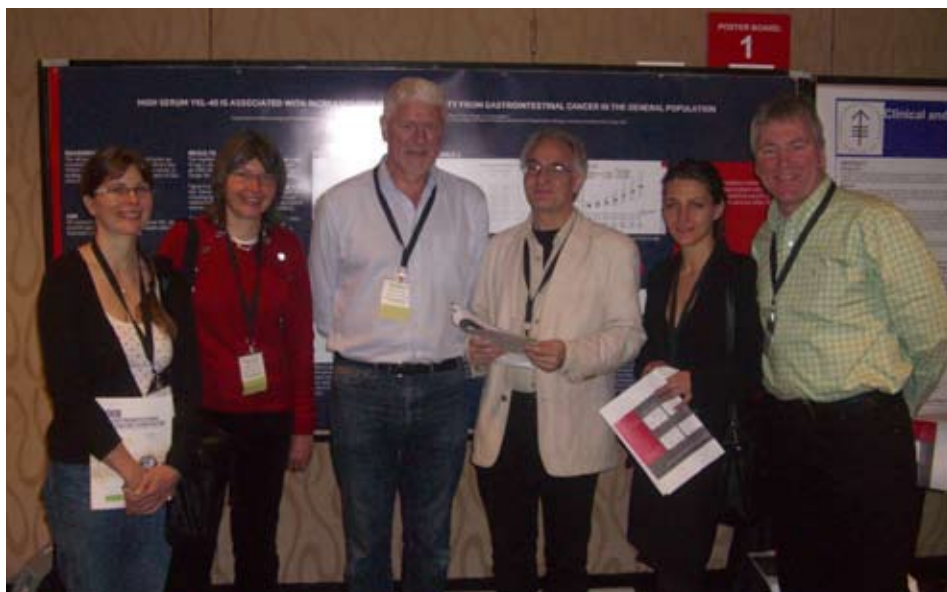
Per Pfeiffer, Odense Hospital

Ole Larsen, Herlev Hospital

Benny Vittrup Jensen, Herlev Hospital

Gastrointestinale (GI) cancerer udgjorde hvert femte cancertilfælde i USA og Europa i 2007. Selvom 5-års overlevelsen er forbedret inden for de sidste ti år, dør stadig omkring halvdelen. Kolorektal cancer er den tredje mest almindelige kræftform hos både mænd og kvinder og forårsager 10%

af alle dødsfald af kræft. Ikke-kolorektale cancerer har en dårligere prognose end kolorektale til dels på grund af manglende effektive muligheder for tidlig opsporing og diagnose samt den relativt sene symptomdebut. GI-cancer er i tiltagende grad blevet en multidisciplinær sygdom, der kræver et tæt integreret samarbejde mellem onkologer, kirurger, billeddiagnostikere og patologer. For 5. gang afholdte den amerikanske dominerede og medicinsk onkologisk orienterede kongres American Society of Oncology - ASCO



Danske GI-onkologer på ASCO-GI 2008 foran en poster om den dårlige prognose ved højt inflammatorisk respons ved kolorektalcancer. Fra venstre overlæge Kirsten Vistsen, Herlev, afdelingslæge Julia Johansen, Herlev, overlæge Benny Vittrup, Herlev, overlæge Ole Larsen, Herlev, afdelingslæge Karen-Lise Spindler, Vejle, og overlæge Jim S. Larsen, Roskilde.

- en tværfaglig kongres udelukkende fokuseret på GI-cancer. Det er en uddannelsesorienteret mere end en resultatpræsenterende kongres, med en snæver fokusering på GI-cancer med det formål hurtigere at få nye behandlinger og behandlingspraksis implementeret i praktisk onkologi.

Deltagerantallet var vokset fra beskedne ca. 500 ved den første kongres i 2004 til næste 2500, nogenlunde samme antal som i 2007. Som i de tidligere år var der en ligelig 3-delning mellem oesophagus og ventrikelcancer, pancreas og hepatobiliær cancer og kolon- og rektumcancer. Alle sygdommene blev gennemgået efter den samme skabelon: Prævention, screening og diagnose, translationelle undersøgelser, orale præsentation af abstracts, og hver eftermiddag en mere praktisk orienteret session om den bedste evidensbaserede multidisciplinære behandling af sygdommene.

Esophagus-, cardia- og ventrikelcancer

Resektabel sygdom

Mikroskopisk radikal resektion (R0 resektion) har gennem mange år været den eneste mulighed for at helbrede patienter med kræft i esophagus (E), cardia (C) eller ventrikel (V), men trods forbedringer i udredning og kirurgisk teknik vil 70-80% af patienter i den vestlige del af verden alligevel få recidiv og dø af sygdommen inden for 5 år. De seneste år har flere randomiserede undersøgelser (Tabel 1) og metaanalyser påvist, at en multidisciplinær strategi med kombineret kirurgisk og onkologisk behandling før og/eller

Tabel 1: Behandling af lokalt avanceret cancer i esophagus og ventrikel

Forfatter	Studie Antal	Behandling ¹	Lokalisation ² Histologi ³	5 års overlevelse ⁴
Postoperativ behandling				
Macdonald et al NEJM 2001	INT 0116 n=602	K K → RKT	V AdK	25% 40% *
Præoperativ behandling				
Cunningham et al NEJM 2006	MAGIC n=503	K ECF → K	EV AdK	23% 36% *
Boige et al ASCO 2007	ACCORD-07 n=224	K CF → K	EV AdK	24% 38% *
Ando et al ASCO GI 2008	JCOG 9907 n=330	K → CF CF → K	E PIK	38% 60% *
Allum et al ASCO GI 2008	OEO2 n=802	K CF → K	E AdK+PIK	17% 23% *

1: K=kirurgi; RKT = radiokemoterapi; ECF = epirubicin, cisplatin, fluorouracil;

CF = cisplatin, F=fluorouracil.

2: E=esophagus, V=ventrikel.

3: AdK = adenokarcinom; PIK= planocellulær karcinom.

4: * = signifikant forskel.

efter operation er en forudsætning for optimal behandling af patienter med resektabel sygdom. Som det kendes fra andre gastro-intestinale cancer, er præoperativ onkologisk behandling formentlig mest effektiv. Disse studier er baggrunden for, at den Danske Esophagus-, Cardia- og Ventrikel Cancer Gruppe (DECV) anbefaler præoperativ kemoterapi til "patienter med stadium 2-3 adenokarcinom i ventrikel

eller nedre trediedel af esophagus".

Risikoen ved præoperativ behandling er tumorvækst ved ineffektiv behandling. Der var derfor igen en del studier, der fokuserede på den problemstilling. Det var specielt studier over tidlig metabolisk responsevurdering vurderet ved tidlige PET-skanninger allerede få uger efter behandlingsstart. Ved manglende metabolisk respons kan den præoperative behandling dermed hurtigt ændres til primær kirurgi eller måske radiokemoterapi, inden en eventuel tumorvækst gør tumoren non-resektabel.

I den nyeste metaanalyse (Thirion et al. ASCO 2007) øgede præoperativ kemoterapi sandsynligheden for helbredelse med omkring 5%. Gevinsten var størst for patienter med adenokarcinom, men dog også påviselig hos patienter med planocellulært karcinom. To studier (JCOG 9907 og OEO2) bekræftede effekten af præoperativ behandling (Tabel 1). Man diskuterede

På ASCO GI 2008 blev det slået fast, at præoperativ kemoterapi til patienter med resektabel esofagus- eller ventrikel cancer øger chancen for helbredelse uafhængigt af histologi og lokalisation. Den Danske Esophagus-, Cardia- og Ventrikelcancer gruppe (DECV) anbefaler nu præoperativ kemoterapi til "patienter med stadium 2-3 adenokarcinom i ventrikel eller nedre trediedel af esophagus".

Tabel 2: Behandling af ikke-resektabel esophagus og ventrikulcancer

Forfatter	Studie Antal	Behandling ¹	Fase	Respons %	PFS Måneder	OS Måneder
Van Cutsem et al JCO 2006	V325 n=445	CF DCF	III	25 37*	3,7 5,6*	8,6 9,2*
Dank et al ASCO 2005	V306 n=	IF CF	III	32 26	5,0 4,2	9,0 8,7
Cunnigham et al NEJM 2008	REAL 2 n=1002	ECF EOF ECX EOX	III	41 46 42 48	6,2 6,5 6,7 7,0	9,9 9,3 9,9 11,2*
Schønneman et al ASCO GI 2008	EXE n=54	EXE	II	46	7,3	10,1
Kang et al ASCO 2006	ML17032 n=316	FP XP	III	29 41	5,0 5,6	9,3 10,5
Boku et al ASCO 2007	JCOG 9912 n=704	F CI S1	III	9 38 28	2,3 3,7 4,2	10,8 12,3 11,4
Naharara et al ASCO 2007	SPIRITS n=305	S1 S1C	III	31 54*	4,0 6,0*	11,0 13,0*

1: ECF = epirubicin, cisplatin, fluorouracil; C=cisplatin, F=fluorouracil; D=docetaxel; I=irinotecan; O = oxaliplatin = Eloxatin; EOX = EXE.

også, om strålebehandling yderligere kan forbedre effekten hos patienter med esofagus-cancer, men der mangler fortsat data fra større fase III studier.

Konklusionen fra ASCO GI 2008 var, at præoperativ kemoterapi øger chancen for helbredelse hos patienter med resektabel esofagus- eller ventrikulcancer, og det uafhængigt af histologi og lokalisation. På nuværende tidspunkt er det ikke afgørende, om der gives præoperativ kemoterapi eller postoperativ radiokemoterapi, men det er helt afgørende, at der tilbydes en multidisciplinær vurdering og behandling.

Ikke-resektabel esophagus-, cardia- og ventrikulcancer

Det blev igen entydigt slået fast, at kombinationskemoterapi rutinemæssigt bør tilbydes til patienter med ikke-resektabel adenokarcinom i esofagus og ventrikul. Data fra fase III studier og metaanalyser viser, at den mediane

overlevelse forlænges fra få måneder til 9-10 måneder. Kombinationen af epirubicin, cisplatin og kontinuerlig infusion af 5-FU (ECF) blev tidligere anset for det mest effektive og veltollede regime. I det såkaldte REAL-2 studie viste man, at ECF-regimet med fordel kan erstattes af en kombination af epirubicin, oxaliplatin (Eloxatin®) og capecitabin (Xeloda®). Dette regime (EOX) er stort set identisk med det danske EXE, som er evalueret i en dansk fase I og fase II undersøgelse, som blev præsenteret med en poster af Schønneman et al. (abstract #47). En fordel ved det danske regime er, at det kan gives på kun 1 time (mod 3 timer), og dette regime anvendes nu som standardbehandling på flere onkologiske afdelinger. Måske kan resultaterne yderligere forbedres ved at give docetaxel i stedet for epirubicin, og dette undersøges aktuelt i en dansk fase I/II undersøgelse (TEX-studiet).

Professor Taberero fra Barcelona

gav en fremragende oversigt over nye cytostatika, såsom docetaxel, irinotecan og S1 samt nye biologiske stoffer. I forhold til behandlingen af kolorektal cancer er man nogle år bagud, men effekten af biologiske stoffer som cetuximab, panitumumab, trastuzumab, bevacizumab og aflibercept undersøges aktuelt i fase III undersøgelser. I fase II studier er der fundet meget høje responsrater på både 60% og 70%, men dette skal selvfølgelig bekræftes i fase III studier. Flere små igangværende studier tyder på, at en kombination af kemoterapi og biologisk targeteret behandling kan være effektiv efter progression på 1. linie kemoterapi. Danske patienter med øvre GI-cancer har indtil for nylig fået tilbudt en kombination af Tarceva og Avastin som 2. linie behandling. For at sikre, at danske patienter fortsat får tilbudt behandling på højt internationalt niveau, er der mulighed for 2. linie behandling med Irinotecan og Cetuximab for patienter med esofagus- og ventrikulcancer i god almentilstand (performance status 0-1), dog kun efter henvendelse til Sundhedsstyrelsens Ekspertpanel, indtil der foreligger en godkendt behandlingsprotokol.

Pancreascancer

Adjuverende behandling

Der blev præsenterede 2 studier om adjuverende behandling af pancreascancer efter pancreaticoduodenectomi. Det første (abstract #124) omhandlede erfaringer fra Johns Hopkins og Mayo Clinic i perioden 1985 - 2005, hvor 1053 patienter enten var behandlet med kirurgi alene eller adjuverende radiokemoterapi (RKT). Data herfra viste en længere overlevelse hos

de patienter, der havde modtaget adjuverende RKT. I denne selekterede, ikke-randomiserede, retrospektive undersøgelse var medianoverlevelsen 21,1 måned i den adjuverende arm mod 15,5 måned i den ikke-behandlede arm. Den anden præsentation var et amerikansk fase II studie (abstract #125), hvor patienter blev behandlet med adjuverende RKT, med cisplatin, 5-FU og IFN-Alpha. Studiet blev stoppet efter inklusion af 89 patienter ud af planlagte 93 pga. uventet svær toksicitet hos 96% af patienterne, der havde enten grad 3 eller 4 toksicitet.

Som adjuverende behandling i USA behandles efter resultaterne af GISTG og EORTC protokollerne, der viste en overlevelsesgevinst ved behandling med gemcitabin eller 5-FU efterfulgt af RKT. I Danmark og store dele af Europa gives gemcitabin som adjuverende behandling.

Lokalt avanceret pancreascancer (LAPC)

Kun ESPAC-1 studiet har forsøgt at sammenligne RKT med kemoterapi, og i dette studie medførte RKT en kortere overlevelse end kemoterapi alene. Til patienter med LAPC er der i USA en tradition for at behandle med RKT, mens man i Europa behandler med kemoterapi. Enkelte patienter behandles for LAPC opnår downstaging og senere operation. Dette er bedst beskrevet efter RKT. I Danmark har man centraliseret behandlingen med RKT til udvalgte patienter med LAPC på Odense Universitetshospital.

Integrering af biologisk terapi

Der blev præsenteret 2 studier, hvor RKT blev kombineret med bevacizu-

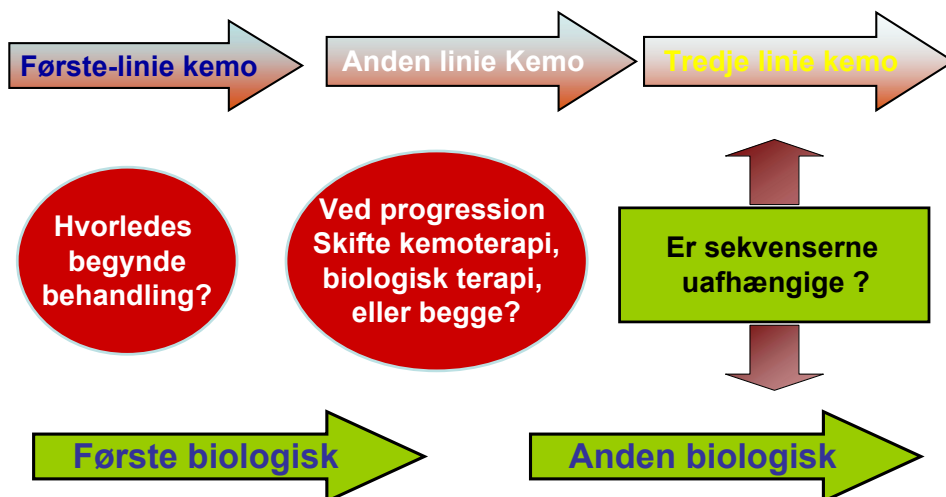


Fig. 1. Centrale emner, der udforskes for at finde den optimale behandling af patienter med metastatisk kolorektalcancer.

mab. I det ene studie (abstract #130) fik 11 patienter en kombination af gemcitabin og bevacizumab sammen med RT (50,4 GY). Alle patienter gennemførte behandlingen, men forsøget måtte stoppes, da 1 patient døde af AMI og 5 af 9 patienter, der blev opereret efterfølgende, fik alvorlige blødningskomplikationer. I det andet studie (abstract #131) blev 31 patienter behandlet med gemcitabin, beva-



Afdelingslæge Karen Lisa Spindler fra Vejle foran en poster om den positive prædiktive værdi af en homozygot gen-polymorfisme (EGF A61G) ved 3.linie behandling med Cetuximab til patienter med metastaserende CRC. Derudover præsenterede hun en poster om den prædiktive værdi af tumorregression grade og lymfeknudestatus ved rektumcancer behandlet med præoperativ kemoradioterapi.

cizumab og RT (36 Gy). Alle undtagen én gennemførte behandlingen, men 76% oplevede grad 3 bivirkninger og 1 patient grad 4 toksicitet. Fem patienter blev efterfølgende opereret uden at få komplikationer til operationen. Ingen af disse studier kan svare på, om bevacizumab i kombination med radiokemoterapi øger effekten, men de giver en idé om, hvordan man prøver at integrere de nye biologiske terapier i behandlingen af pancreascancer. Hvorvidt EGFR og VEGF hæmmere kan anvendes som strålesensitisers er endnu ubesvaret. Flere fase II protokoller undersøger i øjeblikket RKT i kombination med VEGF/EGFR-hæmmere.

Der blev ikke præsenteret nyheder vedrørende behandling af patienter med metastaserende pancreascancer. Her er standardbehandlingen fortsat monoterapi med gemcitabin.

Kolorektal cancer

Integrering af biologisk terapi i kolorektalcancer behandlingen

Efter indførelsen af de biologiske stoffer til colorektal cancer har der været

Adjuverende kemoterapi med gemcitabin eller 5-FU bør rutinemæssigt tilbydes patienter med pancreascancer. Hvilken rolle strålekemoterapi har ved lokalt avanceret pancreascancer er uafklaret. Integreringen af biologisk terapi ved pancreascancer er uafklaret. Der er et stort behov for at finde markører, der bedre kan udvælge patienter til en given terapi.

store forventninger til disse. Man forventede, at tillæg af de monoclonale antistoffer, som f.eks. VEGF hæmmeren bevacizumab eller EGFR hæmmeren Cetuximab, til kemoterapi ville betyde en væsentlig forlængelse af den mediane overlevelse, specielt ved 1. linie behandling. Standardkemoterapi som 1. linie behandling til colorektal cancer er enten FOLFIRI eller FOLFOX (alternativt CAPOX). Der foreligger nu data på tillæg af Cetuximab og Bevacizumab til denne kemoterapi. Det såkaldte CRYSTAL studie, der blev præsenteret på ASCO 2007, viste, at tillæg af Cetuximab til FOLFIRI forlængede den mediane overlevelse med 1-2 måneder, og NO-studiet viste, at tillæg af Bevacizumab til FOLFOX eller CAPOX ligeledes forlænger den mediane overlevelse med 1 til 2 måneder. Dette må siges at være yderst skuffende i forhold til de store forventninger. Der arbejdes derfor intens på at optimere behandlingsstrategien (fig. 1).

Selektion af patienter til biologisk terapi – K-RAS-mutationer

Der arbejdes ligeledes intenst på at selekttere de patienter, som vil have størst glæde af en biologisk behandling. Crystal studiet viste tydeligvis, at

der var en stor undergruppe – op mod halvdelen af patienterne, hvor hæmning af EGF-receptoren med Cetuximab ikke virkede. Dette har ført til, at man nærmere har analyseret den signalvej, som Cetuximab blokerer (fig. 2), og her har man specielt fokuseret på K-RAS (og PTEN), idet man i små studier var blevet opmærksom på, at hvis K-RAS var muteret, var der ingen effekt af Cetuximab.

Hos patienter med colorektal cancer findes K-RAS muteret hos 40% og som wild type hos 60%. Der var flere abstracts, der alle understregede nødvendigheden af at teste patienter med colorektal cancer for K-RAS mutation forud for behandling med Cetuximab eller den humaniserede

IG2 variant Panitumumab. Eksemplet understreger vigtigheden af at kende de biologiske mekanismer bag en biologisk behandling for på den måde bedre at kunne individualisere behandlingen. Der er stor tiltro til, at vi i fremtiden bliver langt bedre til at selekttere vores patienter til biologisk behandling til stor gavn for patienterne, men også med økonomiske fordele. Den toneangivende Professor Eric van Cutsem fra Holland holdt et indlæg om problematikken, men ville dog ikke kategorisk sige, at kun patienter med K-RAS wild type skulle tilbydes behandling. Han mente, at man skal afvente igangværende studier, som belyser emnet, og som vil blive præsenteret til ASCO i juni 2008. Her vil bl.a. data fra

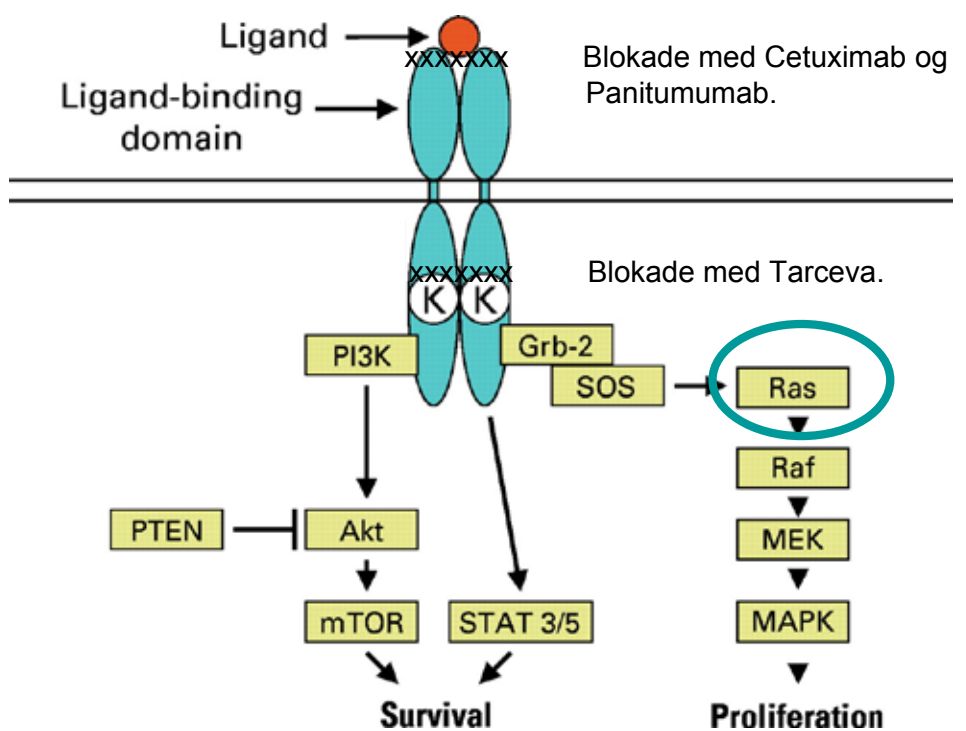


Fig. 2. Cetuximab hæmmer EGF receptoren ved ligand bindingen - Tarceva ved kinasedomænet. Hvis K-RAS er muteret, er signalvejen aktiveret under receptorsignalet, og det hjælper derfor ikke at hæmme receptoren. Derfor er Cetuximab og formentlig også Tarceva kun virksomt, når K-RAS ikke er muteret (wildtype). PTEN signalvejen underkastes ligeledes stor forskningsaktivitet.

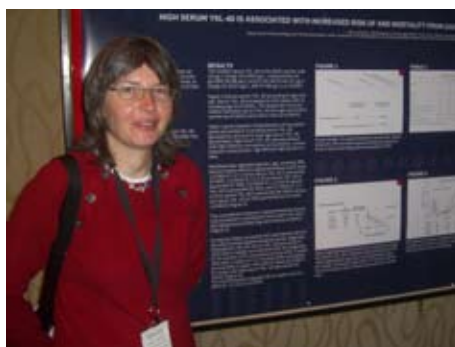
Kombinationskemoterapi bør tilbydes alle patienter med ikke-resektabel adenocarcinom i esophagus og ventrikel. Kombinationen af Epirubicin, capecitabin (Xeloda®) og oxalopatin (Eloxatin®) – EXE-regimet – er et godt bud på en standardbehandling og anvendes da også på flere danske onkologiske centre.

CRYSTAL studiet, afhængigt af K-RAS mutationsstatus, blive præsenteret.

Der var ingen abstracts om andre EGFR-hæmmere, som f.eks. Tarceva og K-RAS, men K-RAS mutationsstatus spiller formentlig også en rolle for, om disse er virksomme (fig. 2).

Udvidet indikation for leverkirurgi ved levermetastaserende kolorektalcancer

Fra René Adams gruppe i Frankrig var der to poster og en oral præsentation om kolorektalcancerpatienter med levermetastaser. Den orale præsentation omhandlede leverkirurgi i to omgange, da radikal resektion med en resektion ikke var muligt på grund af antal og udbredning af metastaserne. Der var i gennemsnit 4,3 måneder mellem resektionerne, og komplet resektion lykkedes i 35 ud af 51 tilfælde. Fem års OS var 39% for disse 35 patienter, hvilket er imponerende. De to poster viste muligheden for lymfeknude-resektion sammen med leverkirurgi (abstract #337) og binyreresektion efter leverkirurgi (abstract #338). De havde opgjort 47 patienter med lymfeknudemetastaser og fandt en 5 års OS på 25%, hvis lymfeknudemetastaserne var ved leverhilus og 0% for celiacale og para-aortiske lymfeknudemetastaser. De konkluderede på denne baggrund, at



Afdelingslæge Julia Johansen foran en af de 2 poster om betydningen af YKL-40, et protein som hun har fundet. I en analyse af YKL-40 hos 9000 mennesker fra Østerbro undersøgelsen kunne hun påvise, at en høj YKL-40 værdi hos et tilsyneladende rask menneske var forbundet med en 2.7 gange højere risiko for kolorektalcancer og en 19% reduktion i overlevelsen efter at diagnosen var stillet.

lymfeknude-metastaser ved leverhilus ikke skal afholde kirurger fra leverresektion. I abstract #338 nævnes 13 patienter, der fik binyremetastaser ud af 795 leverreceserede, hvoraf kun 4 havde solitær binyremetastase. På baggrund af de få patienter i denne retrospektive opgørelse er det svært at drage nogen konklusion.

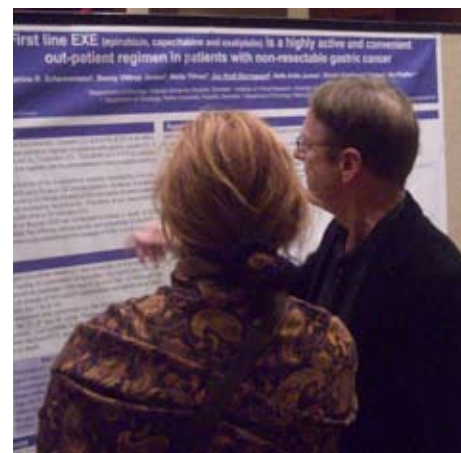
Cirkulerende tumorceller

I sektionen "translational research" holdt Catherine O'Brien en oversigtsforelæsning om cancer stamceller. Hun indledte med at fortælle om de to herskende teorier, den stokastiske, hvor alle celler potentielt ville kunne initiere og vedligeholde en cancerklon, og cancer stamcelleteorien, hvor kun stamceller er i stand til dette. Man har ved kolorektalcancer fundet, at cancerceller, der er CD133+ langt oftere er i stand til at initiere en tumorklon på SCID immunkomprimerede mus end CD 133- celler. Nu er det næppe blot CD 133, der differentierer stamceller og øvrige celler, så andre CD markører undersøges. Catherine O'Brien påpe-

gede også, at CD 133 har en betydning i klinikken. Dette blev demonstreret med et arbejde af Todaro et al. fra "Cell Stem Cell" 2007, som viste, at CD 133+ celler både *in vitro* og *in vivo* er meget mere resistente over for 5 FU og Oxaliplatin end CD 133- celler. Derefter omtaltes et arbejde af Bao et al. fra "Nature" 2006, som viste, at CD 133+ celler i hjernetumorer er mere strålere-sistente end CD 133- celler.

Der blev ikke præsenteret nyheder vedrørende behandling af rektumcancer, men som ved de andre sygdomme arbejdes der på bedre at kunne håndtere integreringen af biologisk terapi med stråleterapi og kemoterapi samt bedre diagnostik og tidligere responsevaluering.

De syv danske abstracts, der blev præsenteret som poster ved GI-mødet, findes indlagt i dette nummer af SKA-nyt.



Overlæge Per Pfeiffer, Odense, demonstrerer for en kongresdeltager, at behandling af ventrikel og cardia cancer med en kombination af epirubicin, capecitabin og oxaliplatin hver 3. uge har en høj grad af aktivitet og tolerabilitet. Undersøgelsen har bevirket, at regimet er blevet standardbehandling mange steder i Danmark. Odensegruppen havde endvidere en poster om den prognostiske værdi af en høj TIMP-1 værdi ved metastatisk CRC, som er forbundet med en dårlig prognose.

Stamcellemarkørers anvendelse i detektion af neoplastiske germinalceller i dysgenetiske gonader, extragonadale tumorer og non-invasivt hos infertile mænd

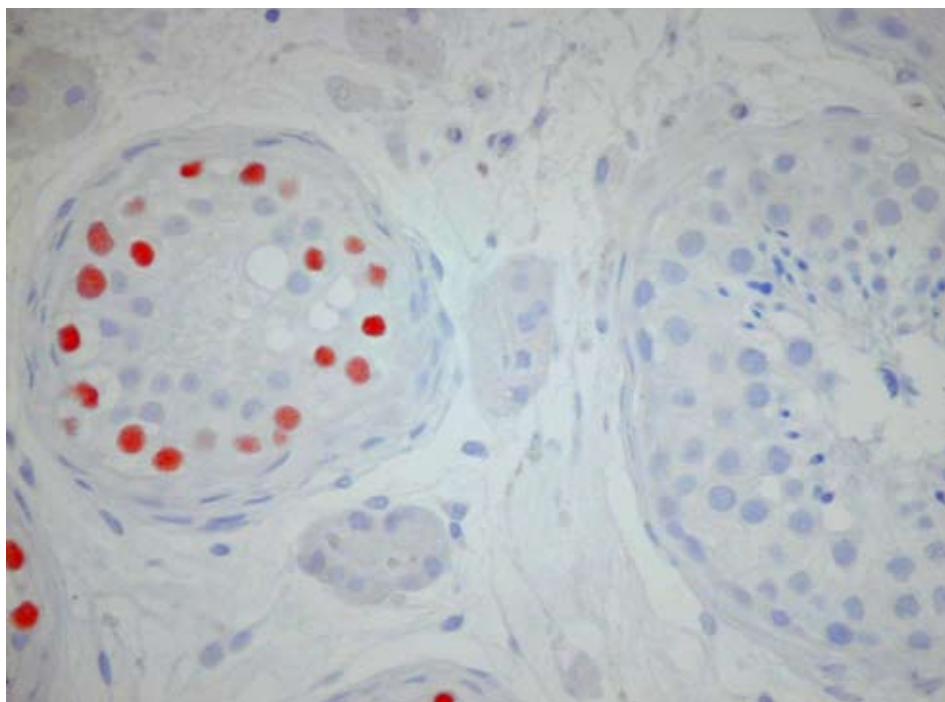


Af
Læge Christina Høi-Hansen
Afd. for Vækst og Reproduktion
Juliane Marie Centret, RH

Germinalcelletumorer er en kompleks sygdomsgruppe, og aktuelle forskningsområder indbefatter tidlig diagnostik og undgåelse af unødvendig overbehandling. Nye fund vedrørende detektion af germinalcelletumorer lokaliseret i forskellige anatomiske steder beskrives i afhandlingen, med speciel fokus på testikulære germinalcelletumorer og deres fælles forstadiecelle, carcinoma in situ, CIS. Genkendelse af CIS muliggør tidlig intervention før en egentlig tumor er udviklet, men på trods af dette diagnosticeres testikulære germinalcelletumorer kun sporadisk på det præ-invasive stadium, hvor minimal behandling er nødvendig. I det tilstedeværelse af CIS er asymptomatisk, er der behov for en enkel screeningsmetode, der vil kunne tilbydes mænd under udredning for infertilitet og andre, hvor CIS mistænkes. For at udvikle metoder til tidlig diagnosticering er der udført

CIS genekspressionsstudier, der har konfirmeret kendte markører (bl.a. PLAP, OCT-3/4 og KIT) og identificeret nye (bl.a. AP-2 γ og NANOG). Adskillige non-invasive detektionsmetoder har været testet, og en AP-2 γ -baseret immuncytologisk sædprøveanalyse har vist klinisk potentiale med en specificitet på 93,6%, men en sensitivitet på 54,5%. CIS genekspressionsprofilen er meget lig føtale stamceller, og dette har givet yderligere støtte til hypotesen om, at CIS celler stammer fra primordiale germinalceller eller gonocytter. Komparative studier af gonadale og nongonadale germinalcelletumorer har vist mange ligheder, hvilket tyder på en analog, men ikke identisk, oprindelse. Infertilitet og testikelkræft er yderligere sammen-

koblet i det 'Testikulære dysgenese syndrom', og 25% af kontralaterale testikler fra mænd med testikelkræft har dysgenetiske træk, for eksempel nedsat spermatogenese. Alle disse nye data har givet potentielle diagnostiske værktøjer til detektion af CIS celler i sædvæske. Der er beskrevet en microarray-baseret tumorklassifikation og nye stamcellemarkørers anvendelse i immunhistokemisk diagnostik af germinalcelletumorer lokaliseret i gonaderne og extragonadalt. Mere end 200 CIS kandidatgener er endnu ikke undersøgt, og information fra disse markører vil kunne øge den bestående viden om CIS cellers opståen og progression og kunne anvendes til yderligere forskning i en non-invasiv detektionsmetode.



Figuren viser testikelvæv, hvor der til venstre er en tubulus med carcinoma in situ (CIS) celler, der ses som store celler ved basalmembranen med meget cytoplasma og fremtrædende nukleoler i kernen, der er immunhistokemisk farvet for AP-2 γ . Til højre er en tubulus med fuld spermatogenese, hvor ingen af cellerne udtrykker AP-2 γ . Markøren er en solid CIS markør og velegnet til non-invasiv screening af exfolierede CIS celler.

FSK Landskursus i Vejle 2007

Af

Betina Rotbøll, Ann-Christina Gerild Hansen, Anja Rahbek, Lise Rydík Sygeplejersker på onkologisk afdeling 5043/5044, RH

Den 6. og 7. november 2007 tog vi fire sygeplejersker til FSK Landskursus i Vejle – vores første! Temaet for kurset var "Kræfter til kræftsygeplejersken". Vi ankom til Munkebjerg Hotel den første kursusdag kl. 9.00, hvor ca. 300 sygeplejersker fra hele landet samledes med stor energi. Vi havde på forhånd kendskab til dagenes program, som blandt andet bestod af oplæg om selvhjælp til patienterne, og hvordan vi som sygeplejersker takler udfordringerne i vores hverdag.

Vi havde på forhånd valgt hvilke workshops, vi ønskede at deltage i på andendagen. Desværre skulle det vise sig, at interessen for netop de workshops vi havde valgt: "Børn som pårørende" og "Pårørende – tilskuere eller deltagere i palliative forløb" var overtegnede, så vi fik nogle andre workshops tildelt.

Dagens første taler var Annie Rasmussen, hvis oplæg handlede om "Health Creation - et holistisk sundhedskoncept". Konceptet er et selvhjælpsprogram til kræftpatienter og deres pårørende.

Næste taler på programmet var Helle Højby, sygehuspræst fra Skejby Sygehus. Omdrejningspunktet for hendes oplæg var åndelig omsorg med fokus på, hvordan vi som personale kan hjælpe patienterne med at være i den lidelse, afmagt og sorg, de oplever. Det centrale i hendes oplæg var, at for at vi som professionelle kan få kontakt med patienterne, skal vi lytte til deres mening. Oplægget handlede om åndelig omsorg, og hvad dette

indebærer for patienten. For de allerfleste patienter handler det om at finde noget værdifuldt midt i lidelsen. For os som professionelle handler det om at lytte til den mening, det har i patientens livshistorie, få kontakt og møde patienten der, hvor han/hun er. Man skal ikke 'flytte' på patienten, men være i den smerte som de oplever. Vi skal høre, hvad patienten siger og dele de mørke tanker. Ofte bliver patienterne afbrudt i deres mørke tanker af de pårørende eller af os. Helle Højby beskrev, at sundhedspersonalet ofte giver udtryk for, at det er svært at vide, hvad man skal sige og hvordan man skal agere, når patienten er i lidelse. Hun sammenlignede denne samtale med et mørkt rum: "Når man kommer ind i et mørkt rum, kan man intet se, men hvis man bliver siddende et stykke tid, vænner øjnene sig langsomt til mørket og frem kommer der sprækker af lys...". Dette synes vi var meget sigende!

Næste oplæg var ved Allan Holmgren, professor ved CBS. Hans oplæg handlede om at genfinde arbejdsglæden.

Bo Netterstrøm holdt oplæg om stress - "Hvad er det, hvad gør det ved os". Oplægget handlede om, hvad man selv kan gøre, og hvad arbejdspladsen kan gøre for at forebygge stress. Som medarbejder er det vigtigt, at man har indflydelse på sine arbejdsforhold, at man udvikler sig, så det er rart at gå på arbejde hver dag, og at man føler sig medinddraget. Som medarbejder er det vigtigt, at man også selv er ansvarlig for at passe på sig selv, og at man siger fra over for arbejde, man ikke føler sig kompetent til. Det er vigtigt, at man holder sine pauser og respekterer, at det ikke er i pauserne, man taler sygepleje og patienter. Og det er vigtigt, at organisationen har en stresspolitik, som de

ansatte føler medejerskab for.

Dette var slut på dagens foredrag, og om aftenen indtog vi en virkelig dejlig treretters menu og blev fortrinligt underholdt af "Klassens tykke dreng". Vi sluttede natten af i Munkebjergs lounge.

Workshops

Betina deltog i workshoppen "Diagnosegruppe – udviklingsforum for lungekræftsygeplejersker". Her fik hun inspiration til og viden om, hvordan andre diagnosegrupper kan etableres. Anja, Ann-Christina og Lise deltog i en workshop omhandlende palliation. Sygeplejerske Karna Vinter, som har været ansat ved det palliative team i Nordsjælland, fortalte om sin rolle som koordinator i patienternes palliative forløb.

Betina og Lise deltog i workshoppen "Ledelse af det hele menneske, når lidelse er en del af arbejdet" ved oversygeplejerske Ann Dahy og hospitalspræst Preben Kok, begge fra Vejle sygehus.

Ann og Preben supplerede hinanden godt. Ann talte om ledelse fra en oversygeplejerskes synspunkt, mens Preben talte om lidelse, såvel patientens som personalets. Ifølge Ann skal lederen få det enkelte personalemedlem til at føle, at hun tilhører et fællesskab, at hun er noget særligt, og at hun er dygtig. Hun opfordrer til, at lederen skal være opmærksom på, at "afstanden fra medarbejder til leder er længere end afstanden fra leder til medarbejder". Ann har længe set patienten som æresgæst i sundhedsvæsenet, men er for kort tid siden blevet klar over, at personalet lige såvel skal ses som æresgæster. Ann fortalte, at hun ser det som et ledelsesansvar at

FSK Landskursus i Vejle 2007

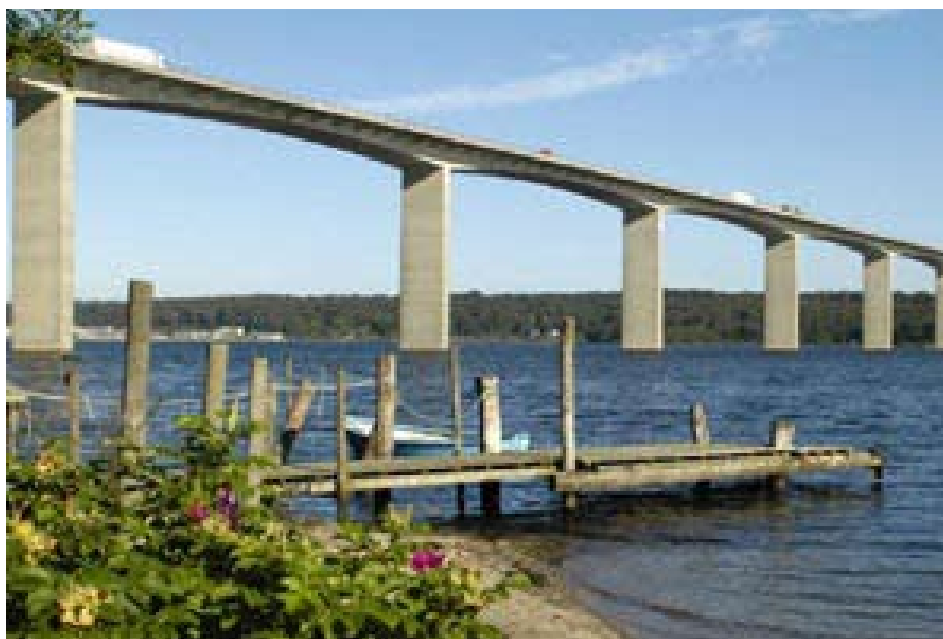
få stoltheden tilbage i sundhedsvæsenet, da det vil medføre arbejdsglæde. Preben talte om meningsløshed og håbløshed. Ifølge Preben er "håbet" blevet et mantra i plejen af kræftpatienter. I ordet "håbløshed" ligger, at man skal "løse patienten fra håbet", for først da får patienten ro til at være. Ligeledes ligger det i ordet "meningsløshed", at man skal "løse patienten fra meningen", da kræftpatienter ikke altid kan finde denne. Preben talte også om, at plejepersonale ofte føler sig magtesløse i arbejdet med kræftpatienter. Han pointerede, at det er vigtigt, at "løse det enkelte menneske fra magten", da "ingen magt" er lig med "intet ansvar" er lig med "ingen skyld".

Som det sidste indslag på Landskurset holdt Lars Klingert, journalist og foredragsholder, oplægget "Dårlige dage findes ikke". Hans foredrag handlede om kommunikationsfærdigheder, og om hvordan man på trods af forberedelse og gode intentioner kan udvise uhensigtsmæssige ad-

færdsmønstre. Lars Klingerts foredrag var suverænt, motiverende og humoristisk! Lars er som foredragsholder begavet, kompetent, underholdende, indlevende og anderledes, så det rykker! Foredraget af Lars Klingert var imponerende, og indtrykkene er svære at nedfælde på papir. I skulle bare

have været der.....!!

Vi takker klinikken for to dages spændende kursus. Og vi kan kun slutte af med at sige, at vi har taget meget af det, vi har lært med os tilbage i afdelingen.



Vejlefjordbroen

Officiel indvielse af den nye Finsenbygning på Rigshospitalet

Fredag den 7. december 2007 kunne den nye udvidelse af Rigshospitalets Radioterapiklinik og PET-Center indvies. Byggeriet blev igangsat i sommeren 2005, og med indvielsen markeres afslutningen på et af de største byggeprojekter på Rigshospitalet i nyere tid.

I den nye bygning placeres i første omgang 4 højteknologiske accelerators, én MR-skanner og én PET-/CT-skanner

til planlægning af strålebehandling. Desuden indrettes opholdsfaciliteter for patienter samt arbejds- og opholdsområder for klinikkens personale. Bygningen er indrettet med mulighed for senere udvidelser, hvis der skulle opstå behov for det.

Med udvidelsen sker der en betydelig forøgelse af den hidtidige behandlingskapacitet.

Vidste du at...?

... Konkomitant radio-kemoterapi

er bedre end sekvential radio-kemoterapi hos patienter med locoregional ikke-småcellet lungecancer baseret på en meta-analyse. En tidligere meta-analyse viste, at sekventiel kemoterapi eller konkomitant kemoterapi sammen med radioterapi øger overlevelsen sammenlignet med radioterapi alene hos patienter med lokalt avanceret NSCLC (BMJ 1995;311:899; Ann Oncol 2006;17:473). I den seneste meta-analyse, med anvendelse af individuelle data fra 7 trials med 1205 patienter, fandtes der en signifikant forbedring af 3-års overlevelsen på 5.9% fra 18.1% ved sekventiel CT-RT til 24% med konkomitant CT-RT (HR=0.85, 95% CI=(0.75-0.95), p=0.0066). Der var ingen forskel på progressionsfri overlevelse. Konkomitant kemoterapi nedsatte lokal progression (HR=0.76; 95% CI = (0.62-0.94); p=0.011, men der var ingen forskel på tid til progression mht. fjernmetastatisk sygdom. Konkomitant kemoterapi-radioterapi øgede ratioen af akut esofageal toxicitet fra 4% til 18% med en relativ risiko på 4.9 (95% CI=(3.1-7.8), p<0.0001). Der var ingen signifikant forskel med hensyn til akut lungetoxicitet.

Rolland E et al.

... Ixempra (ixabepilone)

– et semisyntetisk analog af epothilone B er godkendt af US Food and Drug Administration som monoterapi til patienter med avanceret brystcancer, der er resistent over for behandling med antracycliner, taxaner og capecitabine. FDA godkendte også anvendelsen af Ixempra kombineret med capecitabine til patienter, der var resistente over for antracycliner og taxaner. Godkendelsen beroede bl.a. på en fase III undersøgelse med 752 patienter randomiseret til enten capecitabine som monoterapi eller capecitabine i kombination med Ixempra. Alle patienter havde tidligere fået antracycliner og taxaner og udvist resistens til disse. Progressionsfri overlevelse var hhv: median 5,7 måneder (CI:4,8-6,7) for kombinationsterapi vs 4,1 måneder (95% CI 3,1-4,3) for monoterapi (HR 0,69; CI = 0,58-0,83). Væsentligste bivirkninger ved ixempra var neurotoxicitet og palmar-plantar erythrodysesthesia (hand + foot syndrom).

*Medical News Today
17 October 2007*

... Levertransplantation ved cholangiocarcinoma

Extern strålebehandling plus 5-FU infusion efterfulgt af Iridium-192 brachyterapi samt abdominal exploration for at få afklaret sygdomsstadium, og herefter levertransplantation forudgået af behandling med capecitabine resulterer i 5 års overlevelse på 70% for den selekterede gruppe af patienter med cholangiocarcinoma, som får foretaget levertransplantation.

Ovennævnte resultater er baseret på behandling af 78 patienter på Mayo Clinic, Minnesota og blev rapporteret af David A. Geller, for University of Pittsburg Medical Center ved ASCO-GI mødet i Orlando, 25-27 Januar 2008.

Nuværende kriterier for denne protokol omfatter: a) ikke-resecerbart cholangiocarcinoma lokaliseret til hilus; b) tumor < 3 cm; c) ingen intra- eller extrahepatiske metastaser; d) ingen tidligere stråleterapi; e) ingen tidligere transperitoneal biopsi.

Proc Gastrointestinal Cancers Symposium, 2008:37-8.

Vidste du at...?

... Bevacizumab (Avastin)

nu også er godkendt af EMEA til førstelinie behandling af avanceret nyrecancer. Afgørelsen er truffet på basis af en randomiseret dobbeltblind undersøgelse med 649 patienter med avanceret nyrecancer fra 18 lande. Patienterne fik behandling med enten Avastin og alpha-2-interferon eller sidstnævnte + placebo. Progressionsfri overlevelse var hhv. 10,2 vs 5,4 måneder, response rate 31,4% vs 12,8%, mens overlevelsesdata endnu ikke er rapporteret.

Kilde: Roche

... Medicinalfirmaet BayerHealthCare Pharmaceuticals

har standset en fase III undersøgelse, som sammenlignede carboplatin (C) og paclitaxel (P) med C+P og sorafenib (Nexavar) til patienter med stadium IV ikke-småcellet lungecancer foranlediget af, at en 'independent monitoring committee' vurderede, at undersøgelsen ikke ville resultere i en forbedring af overlevelsen på 3 mdr., hvilket var undersøgelsens formål. Bayer oplyser i øvrigt, at der pågår andre undersøgelser i Europa for patienter med NSCLC, hvor Nexavar testes i kombination with andre cytostatika.

Kilde: Bayer

Nexavar er i øvrigt godkendt af EMEA til såvel behandling af nyrecancer som hepatocellulær carcinom og anvendes på de eksperimentelle onkologiske enheder herhjemme.

... Fase II og III undersøgelser med Recentin™ stopper – og fortsætter!

AstraZeneca oplyser, at en fase II undersøgelse med Recentin™, som er en oral VEGF inhibitor, er standset for tilgang af patienter med ikke-småcellet lungecancer efter anbefaling af undersøgelsens Data Safety Monitoring Committee på grund af ubalance i toxiciteten mellem de to arme, og at man derfor ikke vil fortsætte med en fase III undersøgelse. Undersøgelsen var en randomiseret, dobbeltblind, placebo-kontrolleret fase II/III undersøgelse af Recentin™ plus paclitaxel og carboplatin versus kemoterapi alene. Patienter fra Argentina, Australien, Brasilien, Canada, Rumænien og Singapore var inkluderet i undersøgelsen.

Derimod er Recentin™ til patienter med metastatisk colorectal cancer fortsat, og der pågår i øjeblikket tre fase III protokoller, der sammenligner Recentin™ i kombination med Folfox versus bevacizumab plus Folfox (Horizon studie I) - en dobbelt-blind, randomiseret undersøgelse af Recentin™ plus standard kemoterapi versus standard kemoterapi alene (Horizon II – fase III undersøgelse), og endelig Horizon III – en dobbelt-blind, randomiseret undersøgelse af Recentin™ i kombination med Folfox sammenlignet med bevacizumab i kombination med Folfox. De to sidste undersøgelser er første-linie behandlinger, medens Horizon I gives til patienter som anden-linie behandling.

Kilde: AstraZeneca

Vidste du at...?

... udslet i forbindelse med behandling med epidermal growth factor receptoren Erlotinib er forbundet med bedre effekt?

I en artikel, i Clinical Cancer Research, sammenlignes overlevelse (OS), progressionsfri overlevelse (PFS) og sygdomskontrol mellem patienter, der udvikler eller ikke udvikler udslet i forbindelse med behandling med Erlotinib i to Fase III studier. I det første studie (enkeltstof til NSCLC) øges overlevelsen tilmed med graden af udslet: grad 1 vs. ingen udslet (HR, 0.41 $p < 0.001$) og grad ≥ 2 vs. ingen udslet (HR, 0.29 $p < 0.001$). I det andet studie (kombination med gemcitabin til cancer pancreaticus) var grad ≥ 2 vs. ingen udslet korreleret med bedre OS (HR, 0.47, $p < 0.001$). Der var lignende resultater for PFS og sygdomskontrol. Et kuriosum var det dog, at udslet i placebogruppen, i det første studie, også var korreleret til bedre overlevelse.

Clin Cancer Res 2007;13:3913-21

... behandling med Letrozole (Femar) reducerer risikoen for tilbagefald og disseminering af brystkræft,

selv når denne iværksættes år efter tamoxifen behandlingen stoppes. Et canadisk fase III multicenter studie rapporterer, at behandling med Femar hos patienter med brystkræft reducerer risikoen for tilbagefald med 63 procent og disseminering med 61 procent hos postmenopausale kvinder, der havde afsluttet 5 års behandling med tamoxifen et til syv år tidligere.

J Clin Oncol 2008 Mar 10

(E-pub ahead of print)

... Onkologer sjældent opdager kræftpatienters brug af vigtige følelsesmæssige udsagn i samtaler og sjældent responderer sprogligt empatisk på patienternes bekymringer.

Dette er en af konklusionerne i en undersøgelse, hvor man studerede 398 samtaler mellem 51 onkologer og 270 kræftpatienter med fremskreden sygdom. Kræftpatienter lider ofte følelsesmæssigt, og det kan udtrykkes som angst og depression. Dette kan lindres og mindskes ved, at patienterne vedvarende får mulighed for og opmuntring til at udtrykke deres følelser, samt oplever at blive mødt med empatisk forståelse og respons fra sin onkolog. Omvendt vil patienter ofte reagere med modløshed og ikke længere dele deres følelser og bekymringer, hvis de bliver mødt med begrænsende udsagn og forklaringer.

Undersøgelsen viser, at der var mindst en empatisk gunstig lejlighed i 37% af samtalerne. Når de forekom, fulgte onkologerne op på disse i 22% af tilfældene. Onkologerne og patienternes køn havde betydning for forekomsten af empathiske følelsesmæssige drøftelser i samtalen. Forekomsten var størst, når både patient og onkolog var kvinde. Yngre onkologer og de onkologer, som havde en mere social og følelsesmæssig selvopfattelse, responderede lidt oftere med empathiske udsagn og respons.

Onkologer overhører ofte vigtige direkte og indirekte følelsesmæssige udsagn og nøgleord sagt af patienter. Det er vigtigt med træning, så onkologer lærer at genkende, fokusere og respondere empatisk på patienternes følelser/bekymringer.

J Clin Oncol 2007;25:5748-5752

Personalenyt

Lundbeckfondens Nordiske Forskerpris 2008

Niels Erik Skakkebæk, professor, dr.med., modtog den 28. februar 2008 Lundbeckfondens Nordiske Forskerpris for sin banebrydende forskning inden for testikelkræft. Prisen er på i alt 1,5 kr. Niels Erik Skakkebæk var indtil 2006 leder af Rigshospitalets Afdeling for Vækst og Reproduktion og er fortsat aktiv forsker på afdelingen.

Nye overlæger, RH

Ulla Brix Tange

er per 1. april 2008 ansat som overlæge ved Onkologisk Klinik. Ulla Tanges interesseområder er mammacancer og strålebehandling, og hendes ansvarsområder bliver kvalitetsudvikling og uddannelse af yngre læger i radioterapi.



Morten Mau-Sørensen, ph.d.

er blevet ansat som overlæge i Enhed for Eksperimentel Kræftbehandling per 1. april 2008. Morten Sørensen kommer fra en ansættelse som afdelingslæge samme sted. Han har fået sin uddannelse som speciallæge på Rigshospitalet og Roskilde Amtssygehus. Han forsvarede sin ph.d. afhandling i 1999 omhandlende resistens overfor topoisomerase I hæmere i småcellet lungecancer. Morten Sørensens forskningsindsats har bestået i såvel

kliniske som cellebiologiske aspekter af småcellet lunge cancer.



Lene Bæksgaard, ph.d.

og speciallæge i Intern Medicin filtrådte 1.april 2008 stilling som overlæge på Onkologisk Klinik. Lene Bæksgaard kommer fra en stilling som afdelingslæge ved samme afdeling og har primært beskæftiget sig med behandling af patienter med øsofagus-, cardia- og ventrikelcancer. Lene varetager den udgående konsulentfunktion på Bornholm i det gastrointestinale team og har været udsendt som speciallægekonsulent til Færøerne. Hun er desuden aktiv i DMCG for øvre gastrointestinal cancer, herunder i udvalg vedr. den nationale kliniske database og aktiv i forbindelse med revision af den nationale klaringsrapport for øvre GI.

Vi byder velkommen til to nye medarbejdere i SKA sekretariatet:

Hanne Skovfoged Hansen

blev ansat den 1. marts 2008 som projektsygeplejerske/ kursusarrangør. Hanne har arbejdet inden for onkologien siden 1987, primært på Rigshospitalet, og har erfaring dels fra ambulatorier dels fra flere års ansættelse i Radioterapien. Hanne har endvidere igennem en årrække været ansat som

rådgiver på Kræftlinjen under Kræftens Bekæmpelse.

Jane Elze Sannung

blev ansat i SKA per 1.4.2008 ligeledes som projektsygeplejerske/ kursusarrangør. Jane har 14 års erfaring inden for onkologien i forskellige ansættelser på Herlev Sygehus, - de sidste 3 år i Enheden for eksperimentel kræftbehandling (EFEK). Jane har de seneste år desuden arbejdet som rådgiver i Kræftens Bekæmpelses patientstøtte afdeling.

SKA NYT

Udgives af "Sammenslutningen af kræftafdelinger i østdanmark" og udkommer fire gange årligt

REDAKTION

Ansv. red.: Heine Høi Hansen
Redaktør: Bodil Diemer
SKA's sekretariat, afsnit 5072
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tlf.: 3545 4090
E-mail: bodil.diemer@rh.hosp.dk

Kontakt til redaktionen

Har du forslag til artikler eller andet indhold, så kontakt Heine Høi Hansen eller Bodil Diemer

TRYK

Hertz bogtrykkergården a/s
Tlf.: 3254 4022
E-mail: post@hertz.dk

LAYOUT

Diemer Illustration:
E-mail: per@diemerillustration.dk

Personalenyt

Symposium i anledning af Professor, overlæge, dr.med. Heine Høi Hansens 70 års fødselsdag

Onkologisk klinik, Finsencentret fejrer dagen og indbyder til et videnskabeligt æres-symposium lørdag d.26.april, 2008 kl.10-15.10 i Rigshospitalets auditorium 1, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. Symposiumet vil blive efterfulgt af en reception i Rigshospitalets repræsentationslokaler, opgang 52, stuen.

Det videnskabelige program fokuserer på lungekræft, eksperimentel onkologi og organisation af onkologi, tre områder hvor Heine Høi Hansen har været med til at opnå betydelige forbedringer både natio-

nalt og internationalt.

Vi håber, at rigtig mange vil møde frem (registrering nødvendig) og på denne måde være med til at fejre Heine Høi Hansens fødselsdag og takke ham for hans store indsats i den kliniske onkologi.

På onkologisk kliniks vegne

*Hans von der Maase,
Klinikchef, professor
Helle Pappot, overlæge
Ulrik Lassen, overlæge*

Tilmelding: Sekretær Susanne Justesen, The Finsen Centre, afsnit 5072
Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø
e-mail: susanne.justesen@rh.regionh.dk
tlf.: 3545 4097
fax: 3535 6906

Vidste du at...?

... Yondelis® (trabectedin) er blevet godkendt af EMEA til behandling af bløddelssarkomer (STS) efter svigt af standard-behandling.

Yondelis® er allerede taget i anvendelse på de eksperimentelle enheder på Herlev, Århus og RH til patienter med sarcomer, der er resistente over for antracycliner og ifosfamid. Yondelis® blev oprindeligt udvundet af en havorganisme (*Ecteinascidia turbinata*), men fremstilles nu syntetisk. Stoffet er en ny type DNA-binder, og virkningsmekanismen er knyttet til bindingen. Yondelis skal indgives som en 24-timers intravenøs infusion hver 3. uge.

Meddelelse fra
Swedish Orphan International, december 2007

Nyt fra SKA

Foreløbigt program for

GCP ved klinisk kræftforskning

Rungstedgaard Kursuscenter d. 23-24. september 2008

Tirsdag den 23. september 2008

10.00-10.30	Check-in og registrering
10.30-11.00	Velkomst
11.00-12.30	GCP oversigt og baggrund Anmeldelse og rapportering
12.30-13.30	Frokost
13.30-14.15	Det videnskabetiske Komitéssystem
14.15-15.15	Ovenstående emner og workshop
15.15-16.15	Pause
16.15-16.30	Kliniske forsøg, fase I – III - Opbygning af forsøgsprotokol
16.30-17.00	Statistik og sample size
17.00-17.30	Quality of life og socioøkonomiske data
17.30-18.00	Afslutning dag 1
19.00	Middag

Kursusledelse: Overlæge, dr.med. Dorte Nielsen, Ledende projektsygeplejerske Birgitte Christiansen, Herlev Hospital, Onkologisk afdeling, Overlæge, ph.d. Ulrik Lassen, RH, Finsencentret, Onkologisk afdeling, Sekretær June K. Thygesen, SKA Sekretariat.

Onsdag den 24. september 2008

08.30-12.00	Investigatorinitieret protokol - Ansvarsområder - sponsor Investigator, monitor - CRF, monitorering, kildedata, workshop
12.00-13.00	Frokost
13.00-14.30	Gradering af bivirkninger CTC og respons-evaluering Resist Serious adverse events
14.30-14.45	Pause
14.45-15.45	Patientinformation og samtykke
16.45-16.30	Evaluering og afslutning

Vidste du at...?

... Læger sjældent bruger ordet død direkte i samtaler med døende patienter.

Årsagerne til dette kan være flere: at døden er blevet et medicinsk begreb, at patienternes død betragtes som en medicinsk fiasko, ordet 'død' er tabubelagt, lægers egen følelse af "at give op", konfrontation med lægers egne følelser såsom tab og sorg, og måske af frygt for at skade patienten. Ved at benytte ordene 'død' og 'at være døende', på en passende, omsorgsfuld og skånsom måde, vil kommunikationen med patienterne blive mere åben, ærlig og direkte. Formildende omskrivninger af ordet død (f.eks. "du har kun kort tid tilbage") kan let forvirre og skabe misforståelser i samtalen med patienten.

Nyt fra SKA

Kursus

GCP ved klinisk kræftforskning

Kurset henvender sig til læger involveret i klinisk kræftforskning, projektsygeplejersker og ansatte i lægemiddelindustrien med interesse i klinisk kræftforskning. Kurset er baseret på stor deltageraktivitet/workshops, hvor der tages udgangspunkt i cases fra kursisternes kliniske hverdag.

Det forventes, at deltagerne har et grundlæggende kendskab til GCP.

Deltagerantal: max 30 personer. Registrering sker i kronologisk rækkefølge.

Kursus afgift for hospitalspersonale (postgraduat undervisning): 2 kursusdage, ekskl. overnatning: kr. 3.500,-
2 kursusdage, 1 overnatning: kr. 4.500,-

Eventuelle deltagere fra den farmaceutiske industri bedes venligst kontakte SKA's sekretariat, June K. Thygesen, tlf. 3545 4090 eller e-mail: june.thygesen@rh.regionh.dk

Tilmeldingsblanket findes på www.skaccd.org ved separat opslag under kurser og møder.

Blanketten sendes til: june.thygesen@rh.regionh.dk eller pr. fax på: 3535 6906.

Gør venligst tydeligt opmærksom på, om du ønsker overnatning.

Det foreløbige program for dagene vil ligeledes være at finde på www.skaccd.org under kurser og møder.

REGISTRERING

SKA kursus

"GCP ved klinisk kræftforskning" – d. 23-24. september 2008

Rungstedgaard Conferencecenter, Rungsted Strandvej 107, 2960 Rungsted Kyst – Tlf. 4586 4422

Udfyld venligst med blokbogstaver

Efternavn	Fornavn	
Hospital	Afdeling	Stilling
Ved off. institution påfør venligst EAN-nr.	OBS! Ansatte ved Rigshospitalet bedes anføre afdelingens Del-AE nr.	
Arbejdsadresse		
Postnummer	By	
Arbejdstelefon	Fax	Arbejds e-mail

Kursusafgift hospitalspersonale (postgraderet undervisning):

Tilmeldingsfrist: 25. august 2008

2 kursusdage, inkl. kursusmateriale, ekskl. overnatning: kr. 3.500.00

2 kursusdage, inkl. kursusmateriale, inkl. 1 overnatning: kr. 4.500.00

Deltager i middagen d. 23. september 2008 Overnatning 23-24. september 2008

Faktura på deltagerbetaling vil blive fremsendt efterfølgende.

Send venligst blanketten på fax 3535 6906 til: SKA Sekretariat, Rigshospitalet, Afsnit 5072, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø
Evt. telefonisk henvendelse til: June Thygesen, tlf. 3545 4090

Nyt fra SKA

Program

Introduktionskursus for yngre læger i Østdanmark – klinisk onkologi

09.15-10.00	Klinisk onkologi – en oversigt - Organisation – Østdanmark - SKA - Eksperimentelle enheder - Kliniske Forskningsenheder	Heine Høi Hansen Professor, dr.med. SKA Sekretariat	12.00-13.00	Frokost	
10.00-11.00	Strålebehandling - Rationale – Bivirkninger - Akutte onkologiske tilstande Inklusive "case stories"	Peter Meidahl Petersen Overlæge, ph.d. Rigshospitalet	13.00-14.00	Akutte medicinske onkologiske tilstande Inklusiv "case stories"	Hella Danø 1. reservelæge Herlev Hospital
11.00-12.00	Medicinsk kræftbehandling - Rationale – Bivirkninger Inklusive "case stories"	Hella Danø 1. reservelæge Herlev Hospital	14.00-15.15	Understøttende behandling og palliation Inklusiv "case stories"	Henrik Larsen Overlæge Bispebjerg Hospital
			15.15-15.30	Pause	
			15.30-16.30	"Den svære samtale"	Lotte Mølsted Aut. cand.psych.

REGISTRERING

SKA kursus

"Introduktionskursus for yngre læger i Østdanmark - Klinisk onkologi" – d. 12. juni 2008

Admiral Hotel, København

Udfyld venligst med blokbogstaver

Efternavn	Fornavn	
Hospital	Afdeling	Stilling
Ved off. institution påfør venligst EAN-nr.	OBS! Ansatte ved Rigshospitalet bedes anføre afdelingens Del-AE nr.	
Arbejdsadresse		
Postnummer	By	
Arbejdstelefon	Fax	Arbejds e-mail

Tilmeldingsfrist: 25. august 2008

Kursusafgift: kr. 250.00

tilmelding er bindende og faktura på deltagerbetaling vil blive fremsendt efterfølgende.

Send venligst blanketten på fax 3535 6906 til:

SKA Sekretariat, Rigshospitalet, Afsnit 5072
Blegdamsvej 9, 2100 København Ø

Evt. telefonisk henvendelse til: June Thygesen, tlf. 3545 4090

Nyt fra SKA

SKA kursus i palliation

Fokus på den onkologiske afdelings rammer og muligheder

Hotel Kong Arthur, Nørre Søgade 11, 1370 København K – d. 9-11. juni 2008

Program Dag 1 - mandag 9. juni 2008

09.00 – 09.30	Registrering	13.30 – 14.00	S.c. medicinering
09.30 – 09.35	Velkomst		• P.n. og kontinuerlig behandling (pumpe)
	v/ overlæge Svend Ottesen, Roskilde		v/ sygeplejerske Charlotte Ewertsen og overlæge Svend Ottesen, Roskilde
09.35 – 10.30	Palliativ indsats på onkologiske afdelinger – muligheder og begrænsninger	14.00 – 16.00	Symptomlindring II: Smerter
	v/ overlæge Svend Ottesen, Roskilde		• Smertebehandling af kræftpatienter – en ring af muligheder
10.30 – 10.40	Pause	16.00 – 16.15	Pause
10.40 – 11.40	Palliativ kemoterapi og strålebehandling – muligheder og begrænsninger	16.15 – 16.45	Familiesamtalen
	v/ overlæge Anders Bonde Jensen, Århus		v/ sygeplejerske Charlotte Ewertsen, Roskilde
11.40 – 11.45	Pause	16.45 – 16.50	Pause
11.45 – 12.45	Symptomlindring I: Respiratoriske	16.50 – 18.30	Den kræftramte familie
	• Dyspnø		v/ psykolog Bo Snedker Bomann, Roskilde
	v/ overlæge Anders Bonde Jensen og fysioterapeut Anne Marie Salomonsen, Århus	18.45 -	Middag
12.45 – 13.30	Frokost		

Program Dag 2 - tirsdag 10. juni 2008

08.30 – 10.30	Livsmod og afmagt	13.15 – 14.30	Symptomlindring V: Gastro – intestinale
	v/ psykolog Bo Snedker Bomann, Roskilde og hospitalspræst Lotte Mørk Pedersen, Rigshospitalet		• Kvalme/opkastning
10.30 – 09.45	Pause		• Malign tarmobstruktion
10.45 – 11.30	Symptomlindring III: Psykiske	14.30 – 14.35	Pause
	• Angst og depression	14.35 – 15.20	Symptomlindring VI:
	v/ overlæge Lise Pedersen Bispebjerg Hospital		• Palliativ ernæring
11.30 – 11.40	Pause		evt. v/ sygeplejerske Lotte Vittinghus, Rigshospitalet
11.40 – 12.30	Symptomlindring IV: Neuropsykologiske	15.20 – 15.30	Pause
	• Kognitiv dysfunktion hos patienter med CNS - metastaser	15.30 – 17.00	Gruppearbejde med efterfølgende fremlæggelse
	v/ neuropsykolog Hysse Forchhammer, Glostrup Hospital,		v/ overlæge Svend Ottesen, Roskilde
12.30 – 13.15	Frokost	17.00 – 17.15	Pause
		17.15 – 18.15	Den kræftramte familie med anden etnisk baggrund
			v/ Imran Rashid
		18.30 -	Middag

Program Dag 3 - onsdag 11. juni 2008

08.30 – 09.30	Børn/unge til forældre med kræft	12.30 – 13.15	Frokost
	v/ psykolog Eva Helveg, Egmontfonden	13.15 – 15.00	Den døende patient – kunsten at skifte gear
09.30 – 09.45	Pause		v/ overlæge Svend Ottesen, Roskilde
09.45 – 10.45	Supervision / egenomsorg	15.00 – 15.30	Afslutning
	v/ psykolog Dorte Andersen, Rigshospitalet		
10.45 – 10.55	Pause		
10.55 – 12.30	Etik i arbejdet med mennesker med kræft		
	v/ overlæge Svend Ottesen, Roskilde		

Mindre ændringer i programmet kan forekomme!

Nyt fra SKA

Symposium

SKA Post ASCO Symposium, 2008

SKA inviterer atter i år til Post-ASCO symposium, hvor nyheder og de seneste resultater fra ASCO Annual Meeting 2008 bliver præsenteret i nationalt regi:

Fredag den 20. juni 2008, kl. 9.30 – 16.30
Hotel Hilton, Københavns Lufthavn, Ellehammersvej 20, 2770 Kastrup

Deltagergebyret er for hospitalspersonale i SKA's medlemskreds 300,- og 450,- for hospitalspersonale fra det øvrige Danmark.

Øvrige deltagere bedes kontakte sekretariatet.

Tilmelding kan ske ved at sende registreringsblanketten til
SKA Sekretariatet, fax 3535 6906
alternativt per email: marianne.bjerre-jepsen@rh.regionh.dk

Registrering sker i den rækkefølge, tilmeldingerne modtages i sekretariatet.

REGISTRERING

SKA kursus

"SKA Post-ASCO Symposium 2008" - Fredag d. 20. juni 2008

Hotel Hilton, Københavns Lufthavn, Ellehammersvej 20, 2770 Kastrup, tlf. 32 501 501

Udfyld venligst med blokbogstaver

Efternavn	Fornavn	
Hospital	Afdeling	Stilling
Ved off. institution påfør venligst EAN-nr.	OBS! Ansatte ved Rigshospitalet bedes anføre afdelingens Del-AE nr.	
Arbejdsadresse		
Postnummer	By	
Arbejdstelefon	Fax	Arbejds e-mail

Tilmeldingsfrist: 30. maj 2008

Betaling for ansatte fra SKA medlemshospitaler i Østdanmark

DKK 350,-

For hospitalsansatte uden for Østdanmark

DKK 450,-

Øvrige deltagere bedes kontakte sekretariatet vedr. registreringsafgift.

tilmelding er bindende og faktura på deltagerbetaling vil blive fremsendt efterfølgende.

Send venligst blanketten på fax 3535 6906 eller mail: marianne.bjerre-jepsen@rh.regionh.dk

Evt. telefonisk henvendelse til Marianne Bjerre-Jepsen, telefon 3545 4611

Nyt fra SKA

SKA Uddannelsesaktiviteter 2008

Aktivitet	DATO	Sted	Antal deltag. (max.)
	April		
"Sorgkursus" for psykologer og præster ansat i onkologisk regi	11	Hotel Kong Arthur	30
	Maj		
Temæftermiddag for sygeplejersker	21	Store Ambulatorium, Herlev Sygehus	150
	Juni		
Introduktionskursus for yngre læger i klinisk onkologi i Øst Danmark	12	Admiral Hotel, Kbh.	10
5. Post ASCO Symposium	20	Hilton, Kastrup	130
Palliationskursus	09-11	Hotel Kong Arthur, Kbh.	24
	EFTERÅR September		
Ph.d. møde, yngre læger	9	Hotel Kong Arthur, Kbh.	
GCP ved klinisk kræftforskning	23-24	Rungstedgaard, Rungsted	30
	Oktober		
2. videnskabelige onkologiske årsmøde i Øst Dk.	9	Rungstedgaard, Rungsted	40-50
	November		
Sekretærkursus (modul II)	5	Hotel Kong Arthur, Kbh.	30
Kursus i klinisk onkologi for medicinalindustrien	10-13	Symbion Kongrescenter, Kbh.	20
Årsmøde	20	Vilvorde, Charlottenlund	max. 200 i lok. + rest.
	December		

Nyt fra SKA

SKA Sekretærkursus – modul II

Lægeseekretærens rolle i dagligdagen påvirkes af de mange forskellige behandlingsmuligheder, der i dag præger de onkologiske afdelinger, og sekretæren skal i høj grad selv tage et ansvar samt udføre nye og tit vanskelige opgaver. Som følge heraf besluttede SKA i foråret 2007 at afholde et kursus for sekretærer.

Kurset blev meget positivt modtaget, og SKA fik rigtig mange forespørgsler om afholdelse af endnu ét, som fandt sted i efteråret 2007.

SKA afholdt sekretærkursus modul I for 3. gang den 27. februar 2008 på Hotel Kong Arthur, Kbh., med deltagelse af 39 sekretærer fra hele landet, som opfordrede SKA til atter at gentage kurset.

Dette kursus er planlagt til afholdelse den 14. januar 2009.

Der er stadig mange emner, som ifølge evalueringskemaerne ønskes belyst, og SKA har derfor besluttet at afholde et modul II – d.v.s. en overbygning på det første modul I kursus, hvor emnerne vil fordele sig dels på to store sygdomsgrupper samt "håndtering" af kommunikation med patienter og pårørende. Dette sekretærkursus modul II forventes afholdt d. 5. november 2008.

Nye kurser annonceres på SKA's hjemmeside (www.skaccd.org) samt i SKA NYT.

Temaeftermiddag for sygeplejersker

Sæt kryds i kalenderen

"Hvordan finder vi arbejdsglæden i en travl hverdag?"

den 21. maj 2008, kl. 14.30 – 18.30

Store Auditorium, Herlev Amtssygehus

Psykolog Lotte Mølsted vil tale om, hvordan man skaber et godt arbejdsmiljø på en onkologisk afdeling.

Der er fri entré, men tilmelding er nødvendig - se SKA-s hjemmeside: www.skaccd.org

Nyt fra SKA

SORG

Seminar for præster og psykologer med tilknytning til onkologiske afdelinger

11. april 2008, 10-17, Hotel Kong Arthur, Nørre Søgade 11, 1370 København K

SKA afholder den 11. april 2008 seminar for præster og psykologer med tilknytning til onkologiske afdelinger om teoretiske, metodiske og forskningsmæssige aspekter af sorg.

Oplægsholdere er Margaret Stroebe og Henk Schut, begge lektorer ved Afdelingen for Klinisk Psykologi ved Utrecht Universitet, og begge internationalt anerkendte for deres forskning inden for området. Margaret Stroebe har i sin forskning fokus på den eksistentielle betydning af tab af en nærtstående samt effekten af forskellige former for støtte til sørgende. Henk Schut har i sin forskning haft fokus på sorg og traumas betydning for de sørgendes helbred og livsførelse. Margaret Stroebe og Henk Schut har sammen og hver for sig forfattet en lang række videnskabelige artikler og bøger og bidraget til lærebøger inden for sundhedsområdet.

Formål med seminaret er følgende:

- *Et oplæg om aktuel, relevant forskning om sorg*
- *En diskussion af denne videns betydning for daglig praksis for såvel præster som psykologer*
- *En diskussion mellem præster og psykologer om perspektiver i de to faggruppers mulighed for at støtte sørgende i og uden for et tværfagligt samarbejde med læger og plejepersonale.*

Margaret Stroebe vil gennemgå forskningsresultater og særligt have fokus på The Dual Process Model of Coping with Bereavement. Henk Schut vil gennemgå forskningresultater om effekten af støtte til sørgende og udfordre gældende antagelser om sorg, og han vil rejse spørgsmålet om, hvordan man bedst støtter sørgende.

Seminaret består af disse oplæg samt diskussion med oplægsholderne og deltagerne. Der er undervejs to kaffepauser samt frokost. Seminaret afvikles på engelsk.

Seminaret finder sted på Hotel Kong Arthur i det indre København fra klokken 10.00 til 17.00.

Der er plads til i alt 30 deltagere – 15 præster og 15 psykologer.

Kursusleder er psykolog Bo Snedker Boman, Onkologisk/Hæmatologisk Afdeling, Roskilde Sygehus og sygeplejerske Karen Ringsing, SKA sekretariat, Rigshospitalet.

Prisen for deltagelse er Kr. 1.000 (inkl. forplejning).

Tilmelding sker gennem SKA's sekretariat – karen.ringsing@rh.regionh.dk

Nyt fra SKA

Mødekalender

Internationale møder

2008

- 12-16. april** **AACR Annual Meeting**
San Diego, California
- 15-19. april** **EBCC 6: 6th European Breast Cancer Conference**
Berlin, Germany
www.ecco-org.eu
- 23-26. april** **1st European Lung Cancer Conference**
Geneva, Switzerland
www.esmo.org
- 15-18. maj** **Oncology Nursing Society Annual Congress**
Philadelphia, PA, USA
www.ons.org
- 30. maj-03. juni** **2008 American Society of Clinical Oncology Annual Meeting**
Chicago, IL, USA
www.asco.org
- 10-13. juni** **EORTC Course: Clinical Trial Statistics for Non Statisticians**
Brussels, Belgium
- 25-28. juni** **10th World Congress on Gastrointestinal Cancer**
Barcelona, Spanien
[www: www.worldgicancer.com](http://www.worldgicancer.com)
- 03-06. juli** **ESMO Conference (ECLU)**
Lugano, Switzerland.
www.esmo.org
- 26 juli – 1. aug.** **Oncology for Medical Students**
Ioannina, Grækenland
www.cancerworld.org/eso

2008

- 27-31. august** **World Cancer Congress 2008**
Geneva, Switzerland
www.uicc-congress.org
- 12-16. sept.** **33rd ESMO Congress**
Stockholm, Sverige
www.esmo.org/congress2008
- 14-18. sept.** **ESTRO 27**
Göteborg, Sweden
www.estro.be/estro/index.cfm
- 21-24. oktober** **EORTC-NCI-AACR International Conference on Molecular Targets and Cancer Therapeutics**
Geneva, Switzerland
www.ecco-org.eu
- 13-15. nov.** **Multidisciplinary Symposium in Thoracic Oncology**
Chicago, USA
www.oncologymeetings.org

2009

- 7-9. maj** **1st IMPAKT Breast Cancer Conference: Improving Care and Knowledge in Translational Research**
Brussels, Belgium
Tel: 41-91 973 1994
e-mail: congress@esmo.org
- 31. juli – 4. aug.** **13th IASLC World Conference on Lung Cancer**
San Francisco, CA
www.2009worldlungcancer.org

Nyt fra SKA

Program

5. Post ASCO Symposium

Fredag 20. juni 2008, 9.00-16.30 - Hotel Hilton, Københavns lufthavn

09.00 - 10.00	Registrering
10.00 - 10.10	Introduktion Heine Høi Hansen, Lægelig chef for SKA, Rigshospitalet
10.10 - 10.35	Mamma cancer Pernille Bremer Hertel, Rigshospitalet
10.35 - 10.45	Spørgsmål fra salen og diskussion
10.45 - 11.10	Gynækologiske kræftsygdomme Maja Patricia Smerdel, Vejle Sygehus Hanne Havsteen, Herlev Hospital
11.10 - 11.20	Spørgsmål fra salen og diskussion
11.20 - 11.50	Urologiske kræftsygdomme Eva Ellebæk, Herlev Hospital Frede Donskov, Århus Universitetshospital
11.50 - 12.00	Spørgsmål fra salen og diskussion
12.00 - 13.00	Frokost
13.00 - 13.40	Lunge cancer Non-small-cell lung cancer Jeanette Haar Larsen, Herlev Hospital og Seppo Langer, Rigshospitalet Small-cell-lung cancer, mesotheliomer og sarkomer Sacha Sølbæk, Rigshospitalet og Anders Mellemgaard, Herlev Hospital
13.40 - 13.50	Spørgsmål fra salen og diskussion
13.50 - 14.10	Hoved-hals cancer og CNS tumorer Lotte Holm Land, Odense Universitetshospital Lena Specht, Rigshospitalet
14.10 - 14.20	Spørgsmål fra salen og diskussion
14.20 - 14.40	Kaffe/te pause
14.40 - 16.10	Gastrointestinale tumorer Øvre GI tumorer Marianne Ingerslev Holt, Århus Universitetshospital Mette Yilmaz, Aalborg Universitetshospital Nedre GI tumorer Maria Andersen, Aalborg Universitetshospital Svend Erik Nielsen, Hillerød Sygehus
16.10 - 16.20	Spørgsmål fra salen og diskussion
16.20 - 16.30	Opsummering og afslutning